Rok XXXIX. Kraków, 29 Grudnia 1900. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny prof. Bujwida w Krakowie.

O nowej cieplarce do podręcznego użytku.

Podał

Dr. Norbert Gertler

(Według wykładu w Sekcyi patologicznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

Jeśli w sprawie cieplarek zabieram głos, to nie czynię tego ze względu, iżbyśmy ich nie mieli w liczbie dostatecznej i w różnych gatunkach, lecz z powodu trudności ustawienia i używania cieplarek w każdem miejscu. I tak, przeważna liczba cieplarek jak, Rohrbecka, Lautenschlaegera, Muenckego, Huggersdofa i innych, polega na urządzeniu skrzynek blaszanych o podwójnych ścianach, między które wchodzi woda stale ogrzewana płomieniem gazowym, lub elektrycznym, a z powodu trudności otrzymania tych źródeł ciepła, urządzano cieplarki, ogrzewane płomieniem lampy naftowej (system F. Sartoriusa w Getyndze), a nawet zapomocą świec (Landois [1]).

Dla cieplarek, ogrzewanych płomieniem gazowym, muszą być urządzone osłony dla płomienia, a nadto przyrządy, regulujące przypływ gazu; więc mamy regulatory Schenka, Majera, Gärtnera i t. p. W bliższe szczegóły tych urządzeń nie mam zamiaru wchodzić, gdyż chodzi mi o rzecz zupełnie inną. Urządzenia dotychczasowe przedewszystkiem są dość drogie (100—200 fl., a najtańszy około 60—70 fl.) nie są przenośne i dla utrzymania jednakowej ciepłoty muszą być ciągle opalane, w przeciwnym razie potrzeba przynajmniej 3, a nieraz i kilka dni czasu dla uregulowania ciepłoty, potrzebnej do hodowania drobnoustrojów.

Z powodu wysokich cen cieplarek podał Klemensiewicz [2]) przyrząd w postaci skrzynki drewnianej, przez którą przeprowadził rurę żelazną, którędy przechodzą gazy spalone ciągle się palącej lampy, ale, jak sam dodaje, utrzymanie ciepłoty mniej więcej jednostajnej zależy bardzo wiele od ciepłoty otoczenia zewnętrznego, dlatego musi się go ustawiać w ciepłocie jednostajnej i stosownie do tego uregulować płomień lampy.

Enoch wymyślił przyrząd w postaci skrzynki drewnianej i grubej, w dnie której umieścił blachę żelazną, a nad nią ułożył warstwę wiórów lub opiłków żelaznych. Ogrzewa się tę skrzynkę płomieniem gazowym lub naftowym; przy tem należy uważać, aby drzewo się nie zajęło od gorącej blachy, dlatego też radzi Enoch, aby przed użyciem tej cieplarki napoić otoczenie żelaza kwasem fosforowym.

[1]) Landois: Central-Blatt f. Bacter. Bd. XII. s. 252.
[2]) Wiener klin. Wochenschrift, 1888, Nr. 13.

Abel podaje sposób, dający się tam zastosować, gdzie istnieje prąd elektryczny do oświetlenia. Wstawia się gruszkę elektryczną do skrzynki drewnianej, dobrze uszczelnionej i otacza się ją dokładnie suknem nieprzepuszczającem światła. Ciepłota podnosi się w skrzyni do miernej wysokości, zależnej od wielkości skrzyni i gruszki elektrycznej.

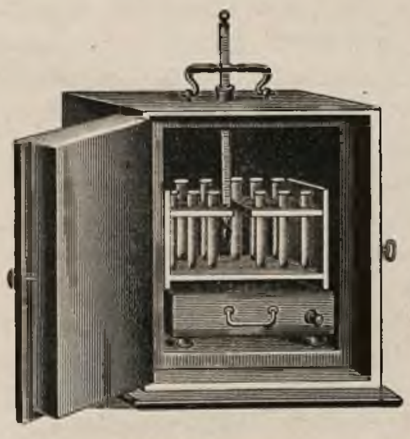
Esmarch sporządził w sposób następujący bardzo prostą cieplarkę. Do łaźni wodnej, ogrzanej do 35°—40° C., zamkniętej u góry przykrywką i warstwą waty, wstawia się szklankę z hodowlami. Pod spodem pali się lampka nocna, którą można bliżej lub dalej od dna umieścić, zależnie od ciepłoty, którą chcemy otrzymać.

Wymyślano jeszcze inne sposoby hodowania drobnoustrojów. Przywiązywano rurki lub płyty na piersi chorego, lub umieszczano je pod poduszki pacyenta. Niedogodność tych sposobów może łatwo każdy pojąć.

Nareszcie obmyślano pudełka w postaci piórników, które z pożywkami się chowa do kieszeni kamizelki; są to prawdziwe cieplarki kieszonkowe.

Obecnie obmyśliłem i zrobiłem przyrząd, któryby był tanim i dał się zastosować w każdem miejscu. Z góry zastrzegam się, iż nie mam pretensyi, aby cieplarka, przezemnie zrobiona, była najdokładniejszą, aczkolwiek jest zupełnie wystarczającą do hodowania drobnoustrojów.

Przyrząd rzeczony składa się z skrzynki, podobnej do szafki drobnowidowej, o podwójnych ścianach drewnianych, między któremi znajduje się gruba warstwa filcu lub ziemi okrzemkowej (Infusorien-Erde), zależna od wielkości skrzynki. Ściany z blachy metalowej nie okazały się praktyczne, ze względu łatwego przewodzenia ciepła na zewnątrz. Cały przyrząd musi być dokładnie uszczelniony, aby powietrze ciepłe nie wychodziło na zewnątrz.



W środku górnej ściany jest korek gumowy, przez który wpuszczono ciepłomierz. Na dnie skrzynki umieszczone jest naczynie blaszane, w postaci cegiełki, z hermetycznem zamknięciem śrubowem, napełnione octanem sodowym ($C_2 H_3 O_2 Na + 3H_2 O$). Naczynie to, podobne do termoforów, opatrzone jest dwoma uszkami z boków.

Dlaczego wybrałem octan sodowy do napełnienia naczynia, pozwalam sobie przytoczyć następujące uwagi: Wiadomo z zasad fizyki, że niektóre ciała mogą przejść w stan

ciekły przy pewnej ciepłocie (ciepłota topliwości), przy której ciało nie ogrzewa się do wyższej ciepłoty, póki nie przeszło w zupełny stan płynny. Dopiero później można cały płyn ogrzać do wyższej ciepłoty. Ilość ciepła, potrzebnego do przemiany ciała stałego w płynny, nazywamy ciepłem utajonem, gdyż nie objawia się przybytek ciepła podwyższeniem ciepłoty. I na odwrót, jeśli ciało płynne przechodzi w stan stały, utrzymuje ciepłotę jednostajną tak długo, aż w całości skrzepnie, przyczem oddaje t. z. ciepło utajone.

Wiadomo następnie, że mamy cały szereg soli, które przy ogrzaniu do pewnej ciepłoty utracają wodę krystaliczną i w niej się rozpływają. Do szeregu takich soli należą:

węglan sodowy (Na_2CO_3)+$10H_2O$	ciała, które w ciepłocie około 33°C. się krystalizują
sól glauberska ($Na_2SO_4 + 10H_2O$	
sól gorzka, siarkan magnowy (Mg SO_4 + $7H_2$ O	

lizują, a zatem zatrzymałyby przez czas krzepnięcia i krystalizowania ciepłotę około 33°C.; jeśli zaś zważymy, że ciała te dosyć szybko się krystalizują, będzie wytłómaczone, dlaczego właśnie tych soli, mimo ich taniości, nie wybrałem.

Musiałem rozglądnąć się za innemi solami, które dopiero w wyższej ciepłocie krystalizują się; do takich należą podsiarczyn sodowy (natrium subsulfurosum)

$$\left.\begin{matrix} SOS \\ Na_2 \end{matrix}\right\} O_2 + 5H_2O \text{ i}$$

octan sodowy (natr. aceticum) $C_2H_3O_2Na + 3H_2O$. Pierwszy rozpływa się przy ciepłocie 56°C. w swej wodzie krystalicznej. Ma, jak Böttger wykazał, następujące własności: Jeśli stopimy go w kolbce, w wodzie jego krystalicznej, potem ogrzejemy do wrzenia, następnie kolbkę szczelnie zatkamy i na złym przewodniku ciepła do wystudzenia postawimy, pozostanie on przez bardzo długi czas w stanie ciekłym. Odetkawszy zaś ostrożnie kolbę i zanurzywszy w tej cieczy powoli gałkę ciepłomierza, lub wrzuciwszy w nią kryształ, zetnie się ciecz w jednej chwili na masę krystaliczną i ciepłota podniesie się o 25°C.

Z powodu własności rozpuszczania się niektórych połączeń metalowych, np. chlorku srebra, i z powodu obawy zanieczyszczenia tego przetworu kwasem siarkowym, mogącym nadgryzać blachę cynkowo-żelazną, nie użyłem podsiarczynu sodowego.

W daleko wyższym stopniu własności podobne ma połączenie organiczne: octan sodowy ($C_2H_3O_2Na + 3H_2O$). Ogrzany do 100°C. powoli się ochładza do 58°C., w tej ciepłocie utrzymuje się przez długi czas, bo bardzo powoli krystalizuje i dopiero po utracie ciepła topliwości oziębia się zupełnie. Jeżeli jeszcze zważymy, że wokoło cegiełki znajdują się bardzo złe przewodniki ciepła, jak filc lub ziemia okrzemkowa i drzewo, powietrze w cieplarce ogrzewa się i nie dopuszcza do szybkiego krzepnięcia octanu sodowego. W stosunku do wody utrzymuje ciepło przez 4 razy dłuższy czas. Nadto jeszcze używałem podczas doświadczeń barytu; okazał się dla cieplarki niepraktyczny, gdyż początkowa ciepłota była wprawdzie wyższa, ale też i krócej się utrzymywała (obecnie właśnie barytu używają do termoforów). Z wyłuszczonych względów użyłem octanu sodowego do napełnienia naczynia, umieszczonego u spodu przyrządu.

Sposób użycia tej cieplarki jest bardzo prosty. Raz na jednę lub 2 doby zanurza się cegiełkę blaszaną do wrzącej wody na 30—45—60 minut, zależnie od ciepłoty, jaką chcemy otrzymać i przez jak długi czas ją utrzymać chcemy. I tak, gdy przez 30 minut się gotuje cegiełkę, po zamknięciu przyrządu powoli się podnosi ciepłota w górnych warstwach przyrządu do 34·5°C., która po upływie 12 godz. opada do 32·9°C, a po 24 godz. wynosi ciepłota 22·5°C., w dolnych warstwach powietrza jest ciepłota wyższa, gdyż na dole jest źródło ciepła.

Gdy przez 45 minut będzie się gotować cegiełkę, początkowa ciepłota dochodzi do 35·2°C., po 12 godz. dojdzie do 34—33°C., po 24 godz. do 29—28°C., a po 36 godz. dochodzi do 23·0°C.

Po wrzeniu przez 60 minut — ciepłota początkowa wynosi 38—39°C. (ciepłota nie wpływająca jeszcze na zabicie drobnoustrojów), po 24 godz. ciepłota opada na 32°C., a po 48 godz. t. j. po 2 dniach i 2 nocach do 23°C., podczas gdy otoczenie, raczej powietrze otaczające cieplarkę mierzy ciepłotę 17°C.

Zależnie więc od drobnoustrojów, które hodować zamierzamy, możemy dowolnie ciepłotę uregulować, przez dłuższe lub krótsze 1 lub 2 krotne na dobę gotowanie cegiełki. Dla zwykłych przeciętnych hodowli wystarczy jednorazowe gotowanie cegiełki w wrzącej wodzie przez 30—45 minut, aby otrzymać odpowiednią ciepłotę na 24—36 godzin, przy czem nie szkodzi ciepłota początkowo wysoka, gdyż ilość ciepła nadmierna zużywa się na ogrzanie szklanek, próbówek i pożywek.

W dalszym ciągu muszę zauważyć, że możemy sobie stworzyć niejako zbiornik ciepła, podobnie jak akkumulatory elektryczności. Jeżeli przez dłuższy czas np. przez 1—1½ godz. gotować będziemy cegiełkę lub ją jeszcze nadto ogrzejemy nad płomieniem lampy spirytusowej do wyższej ciepłoty nad 100°C., cegiełka ostygnie szybciej. Możemy ją zostawić w cieplarce przez dłuższy czas i dopiero w chwili potrzebnej albo cegiełkę potrząsnąć silnie, lub gdy to nie pomoże, otworzyć zamknięcie śrubowe i drutem żelaznym lub gwoździem poruszyć masę wypełniającą, w jednej chwili cegiełka staje się gorącą i mamy źródło ciepła, wystarczające na jedną dobę.

Doświadczenia porównawcze, które prowadziłem w Zakładzie higienicznym Prof. Dr. Bujwida, są następujące:

Dnia $^7/_{11}$ r. z. przeszczepiłem na dwie probówki, zawierające surowicę Löfflera, po jednem oczku hodowli czystej błonicy; jednę probówkę wstawiłem do cieplarki zakładowej, a drugą do swojej cieplarki. Obie probówki co do bujności wzrostu jednakowo się przedstawiały po upływie 24 godz.

Dnia $^8/_{11}$ r. z. zaszczepiłem po 2 probówki agarowe prątkami cholery, zapalenia płuc Friedländera, duru brzusznego i gronkowcem żółtym.

Jeden szereg tych probówek wstawiłem do cieplarki zakładowej, a drugi do swojej. Po 24 godz. nie było różnicy w wzroście tych hodowli.

Podobnie wypadły następne doświadczenia z innemi drobnoustrojami jak z B. coli, anthracis, subtilis, pyocyaneus, tetragenus i Sarcina lutea.

Jeżeli uwzględnimy taniość przyrządu, łatwość nastawienia go, łatwe pouczenie służącego w przygotowaniu cie-

plarki, możność otrzymania w każdem miejscu naczynia i gorącej wody, łatwość przeniesienia na miejsce, może przyrząd ten oddać znakomite usługi w czasach epidemii, cholery, dżumy i t. p. dla lekarzy, wysłanych do zbadania i stwierdzenia tych chorób, odpadnie tem samem mozolne pakowanie materyału zakaźnego i odsyłanie do zakładów. Lekarz może na miejscu w ciągu 20—24 godzin hodowlą i doświadczeniem na zwierzętach rozstrzygnąć daną chorobę zakaźną, podczas gdy dotychczas na wynik badania musiał czekać przez 3—4 dni. Również i lekarzom praktycznym może przyrząd oddać dobre usługi, gdyż nie zajmuje dużo miejsca i każdej chwili może w domu założyć hodowle, nadto cena jest bardzo przystępna, iż każdy jest w stanie cieplarkę taką nabyć [1]).

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego i z zakładu bakteryologicznego prof. Bujwida w Krakowie.

O etyologii zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i znaczeniu rozpoznawczem nakłócia lędźwiowego.

Podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

III. Zapalenie gruźlicze i ogólna gruźlica prosówkowa. Ogólna przeczulica, jako objaw znamienny dla gruźlicy prosówkowej ostrej.

Nie widzę celu omawiania z osobna wszystkich przypadków, uwzględnionych w tablicy, przeważnie bowiem nie przedstawiały one w swym przebiegu klinicznym nic szczególnego. Zaznaczę więc tylko, że w przypadku 18 i 19 na podstawie kurczów w kończynach, rytmicznie się powtarzających, rozpoznano obok zapalenia gruźliczego opon obecność guzów gruźliczych w ośrodkach psychomotorycznych, co badanie pośmiertne potwierdziło.

Co do wyników nakłócia, to znamiennem dla zapalenia gruźliczego jest wysokie ciśnienie płynu i niestosunek pomiędzy znaczną ilością białka, a zaledwie dostrzegalnem zmąceniem i małą ilością osadu. Stwierdzenie w osadzie przewagi limfocytów przemawiałoby także za zapaleniem gruźliczem. W połowie przypadków można wreszcie stwierdzić prątki gruźlicze mikroskopowo, jeszcze częściej doświadczeniem na zwierzęciu.

Możnaby przypuszczać, że powstawanie zapalenia gruźliczego opon, cierpienia tak częstego, nie oszczędzającego żadnego kraju, jest nam dobrze znane. Takby się także mogło zdawać, sądząc z opisu w podręcznikach. Między autorami nie ma tu rzeczywiście wybitnych różnic zdań. Wyjątkami wprawdzie można nazwać przypadki, w których ogniska serowate z jam sąsiadujących, np. z ucha środkowego, przebiły do jamy czaszkowej i wywołały tą drogą zapalenie opon, gdzie zatem powstawanie choroby jest tak jasne. Prawie we wszystkich innych przypadkach można już makroskopowo wykazać świeżą ogólną gruźlicę prosówkową i uważać ją za chorobę podstawową. Mówi się, że rozsianie jej nastąpiło z gruczołów chłonnych serowatych, niekiedy rozmiękających, których nigdy prawie nie brakuje.

Pomija się milczeniem okoliczność, że ostro, lub podostro przebiegająca gruźlica prosówkowa nie wywołuje zmian zapalnych innych błon surowiczych, lub jakichkolwiek innych narządów, a przy zapaleniu gruźliczem chodzi przecież nie o gruźlicę prosówkową opon, lecz o rzeczywiste zapalenie opon, jak to wykazuje badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i zmian anatomicznych. Zjawisko, że gruźlica opon jest zwykle więcej rozwinięta i dalej posunięta, niż gruźlica prosówkowa innych narządów, przemilcza się również, lub tłómaczy się, jak to czyni Heubner[11]), szczególnem usposobieniem opon mózgowych do rozwoju gruzełków. To tłómaczenie brzmi tem dziwniej, że usposobienie nie może polegać na jakichś szczególnych stosunkach anatomicznych w oponach, nie jest bowiem stałe. Przypadki 20 i 21 wykazują, że może istnieć ogólna gruźlica prosówkowa bez śladu sprawy zapalnej w oponach.

Przedewszystkiem jednak należałoby się spodziewać, że tam, jak u nas w przypadku 17 i 18, gdzie istnieją stare ogniska gruźlicze, przylegające do opon, z których opony niewątpliwie zaczerpnęły materyału zakaźnego, tam nie będzie gruźlicy prosówkowej ogólnej. Tymczasem w rzeczywistości jest przeciwnie.

Przytoczę tu opis zmian w przypadku 17-tym. Makroskopowo znaleziono obok zmian odpowiadających zapaleniu gruźliczemu opon, na przestrzeni o średnicy 7—8 ctm. w tylnej części płatów ciemieniowych na sklepistości mózgu i wewnętrznej stronie półkul zmiany ropiasto-serowate, płasko rozprzestrzeniające się w oponach i powierzchownych warstwach mózgu, a sięgające daleko w głąb wzdłuż rowków. Badanie mikroskopowe (kol. Gliński) wykazało rozległe zmiany martwicze w naciekłej oponie i powierzchownych warstwach mózgu, w niektórych tętnicach znaczniejsze bujanie błony wewnętrznej (*endarteriitis proliferans*), obraz przemawiający raczej za sprawą gruźliczą, a nie ropną. Komórek olbrzymich, ani typowych gruzełków, nie znaleziono jednak. W sąsiednich częściach mózgu wiotkie nacieki, złożone przeważnie z leukocytów wielojądrzastych.

Obraz ten dobrze zgadza się z wynikiem badania płynu mózgowo rdzeniowego. Obecnością bowiem opisanego ogniska tłómaczy się przewaga wielojądrzastych leukocytów neutrofilnych w osadzie, a co ważniejsza, ogromna ilość prątków gruźliczych. Co kilka pól widzenia znachodzono prątki, nieraz po kilka w jednem polu.

Podobnym, choć mniej wybitnym, jest przypadek 18. Znaleziono w nim w oponach powierzchowne nacieki serowate, szczególniej wzdłuż rowków się ciągnące. Badanie drobnowidowe (kol Gliński) wykazało obraz podobny, jak w poprzednim przypadku, tylko naciek w przyległych do zmian martwiczych częściach mózgu mniej wybitny i złożony przeważnie z leukocytów jednojądrowych, z małą domieszką wielojądrzastych. W osadzie z płynu mózgowo-rdzeniowego przewaga komórek neutrofilnych, ale prątków nie stwierdzono.

Dla mnie nie ulegałoby wątpliwości, że w tych przypadkach zapalenie opon rozwinęło się na tle starych zmian serowatych w oponach i mózgu. Jestto w każdym razie przypuszczenie najbliższe. Mimo to i tu spotykamy się

[1]) Cieplarki opisane wyrabia firma: L. Russbacher et Comp. Wiedeń IV. Wiedener-Hauptstrasse 6.

z ogólną gruźlicą prosówkową. Jeżeli się nie chce przyjmować przypadkowego zejścia się obu spraw, musi się dojść do wniosku, że gruźlicze zapalenie opon może być sprawą pierwotną, a gruźlica prosówkowa następową. Takie pojmowanie stosunku między obiema sprawami wydaje mi się łatwiejszem do przyjęcia, gdyż opony w obecności płynu mózgowo-rdzeniowego, znajdującego się pod ciągle zmiennem ciśnieniem, w jego stosunku do krążenia chłonnego i krwionośnego, mogą mieć warunki, nie powtarzające się w innych błonach surowiczych, do szybkiego uogólnienia się choroby. Na wszelki sposób ogólnie przyjętego przyjmowania towarzyszącej zapaleniu gruźliczemu opon gruźlicy prosówkowej ostrej, jako sprawy podstawowej, nie można uważać za udowodnione. Spodziewam się, że w przyszłości będę jeszcze mógł przystąpić do bliższego rozpatrzenia tej sprawy.

Powstawanie gruźliczego zapalenia opon należałoby, według mego zdania, zestawić z powstawaniem innych głębokich umiejscowień gruźlicy, z zajęciem stawów, z powstawaniem ognisk w kościach, guzów gruźliczych odosobnionych w mózgu i t. d. I te ogniska powstają najprawdopodobniej drogą przerzutową, drogą krążenia krwionośnego. Mechanizm zatem jest ten sam, co w gruźlicy prosówkowej; różnica byłaby tylko ilościowa, a sprawę możnaby uważać za gruźlicę prosówkową, względnie uogólnioną, z przebiegiem przewlekłym. Rozróżnianie jednak ze względów klinicznych jest konieczne między temi postaciami gruźlicy, doprowadzającej do powstania bardzo małej tylko liczby ognisk, lub jednego ogniska przerzutowego, a ostrą i podostrą gruźlicą prosówkową.

Nieodpowiedniemu pojmowaniu stosunku między zapaleniem opon gruźliczem, a gruźlicą prosówkową, należy przypisać, że pewne objawy, znamienne dla jednej postaci, odnoszono widocznie do drugiej, gdyż nie zwrócono na nie takiej uwagi, na jaką zasługują.

Chodzi mi mianowicie o ogólną przeczulicę, którą spostrzegałem zawsze w wybitnym stopniu we wszystkich moich przypadkach (w liczbie około 20), gruźlicy prosówkowej czystej, tj. bez zapalenia opon się pojawiającej. Dochodziła ona niekiedy do tego stopnia, że najlżejsze opukiwanie, dotknięcie słuchawką, wywoływało gwałtowne oddziaływanie chorego, czyniące badanie prawie zupełnie niemożebnem. Ponieważ objaw ten zdarza się w rozmaitego rodzaju zapaleniach opon, zatem należy te sprawy wykluczyć, a wtedy staje się on prawie patognomonicznym.

Z podręczników, które przeglądnąłem, znajduję krótką wzmiankę tylko u Zubera[29]): „Un phénomène plus particulier à l'infection bacillaire est l'hyperesthésie signalée par Empis; elle existe à la fois à la peau et dans la profondeur, surtout au niveau de l'abdomen, des flancs et du thorax; la percussion de la poitrine est souvent douloureuse".

Skład osadu przedstawiał, jak wykazuje tablica, znaczne wahania.

E. Korczyński w pracy, dokonanej wspólnie z K. Wernickim[28]), chciał z jakości osadu wyprowadzać wnioski o etyologicznej przyrodzie wypocin i dalszym przebiegu surowiczych wypocin zapalnych. Przewaga leukocytów neutrofilnych świadczy, według niego, o dążności przejścia w dalszym przebiegu w ropienie, albo o przyrodzie rakowej. Wysięki, nie mające skłonności do ropienia, zawierałyby prawie wyłącznie limfocyty. Błędności tych twierdzeń najlepiej dowodzą łagodne przypadki zapalenia opon nagminnego, szybko kończące się wyleczeniem, mimo przewagi komórek neutrofilnych.

Ale i przewaga limfocytów nie zawsze rokuje łagodny dalszy przebieg choroby. W jednym przypadku zapalenia opłucnej surowiczo-ropnego na tle gronkowca złocistego przeważały ciałka jednojądrzaste, mimo ciężkiego stanu ogólnego. Przytem w następstwie nakłócia rozwinęło się na około miejsca nakłócia rozległe zapalenie tkanki podskórnej *(phlegmone)*, niewątpliwie skutkiem przeszczepienia zarazka z opłucny, widocznie bardzo jadowitego.

Mimo to zwrócenie uwagi na jakość ciałek białych w wypocinach zasługuje na uznanie, gdyż może ona nam posłużyć jako ważna wskazówka rozpoznawcza.

Jeżeli zwrócimy w naszych przypadkach uwagę na obecność, lub brak rozleglejszych i starszych zmian serowatych w mózgu i zachowanie się osadu, to możemy przypadki podzielić na cztery działy. Gruźlicze zapalenie opon bez zmian serowatych: *a)* przewaga limfocytów (przypadki 11—14); *b)* przewaga neutrofilnych leukocytów (przypadki 15—16). Gruźlicze zapalenie opon i zmiany serowate dawne: *c)* przewaga neutrofilnych leukocytów (przypadki 17—18); *d)* przewaga limfocytów (przypadek 19).

Okazywałoby się z tego zestawienia, że z przewagi neutrofilnych ciałek w osadzie przy zapaleniu opon gruźliczem możemy z pewnem prawdopodobieństwem wnioskować o obecności w oponach mózgu (lub rdzenia) rozleglejszych serowatych ognisk. Miałoby to usprawiedliwienie teoretyczne. Prątki gruźlicze działają przyciągająco na ciałka białe wielojądrzaste, czyli, jak się wyrażamy, są dodatnio chemotaktyczne i mogą wywołać ropienie tylko wtedy, jeżeli są obumarłe. Otóż takie prątki mogą się znaleźć w większej ilości tylko w rozleglejszych ogniskach serowatych. Naokoło takich ognisk można też histologicznie wykazać nagromadzenie ciałek wielojądrzastych, jak w naszym przypadku 17, a poczęści i 18.

Wyjątek z reguły stanowiłyby przypadki 15, 16 i 19, być może tylko pozornie. Już naprzód bowiem można przypuszczać, że ognisko serowate w mózgu zaznaczy swą obecność jakością osadu tylko wtedy, jeżeli przylega do opon, czego może nie było w przypadku 19 (nie zwracano na to jeszcze wtedy, w kwietniu 1899, baczniejszej uwagi). Z drugiej strony przy przewadze ciałek neutrofilnych należałoby przeszukać także opony rdzenia, czy tam nie ma ognisk serowatych, a tego w przypadkach 15 i 16 nie dokonano*).

IV. Sprawy niezakaźne.

Między przyczynami, mogącemi wywołać zapalenie opon bez współudziału zarazków, należy wymienić na pierwszem miejscu bezpośrednie zadziałanie promieni słonecznych na odkrytą głowę *(insolatio)*. Zresztą powstawanie tych spraw

*) W ciągu listopada 1900 rozpoznałem w dwóch przypadkach zapalenia opon gruźliczego jedynie na podstawie przewagi ciałek neutrofilnych w osadzie płynu mózgowo-rdzeniowego obecność guzów gruźliczych w mózgu. Badanie pośmiertne wykazało w obu w powierzchownych warstwach mózgu guzy serowate wielkości orzecha, zrośnięte z wewnętrzną powierzchnią opony twardej. Jeżeli do tego dodam, że w tablicy uwzględniono tylko przypadki z roku 1899 i 1900, a w znacznej liczbie przypadków, badanych poprzednio, znachodziłem czyste zapalenie opon i zawsze przewagę limfocytów, to nasza statystyka stanie się znacznie korzystniejszą dla wypowiedzianej zasady.

jest bardzo ciemne. Wiemy, że cały szereg zatruć, samozatruć rozmaitego pochodzenia i chorób zakaźnych, ogólnych lub miejscowych, łączy się niekiedy z wystąpieniem bardzo poważnych objawów mózgowych, czy oponowych które odnieść musimy do zadziałania jadów płynnych, krążących we krwi.

Według Myi[30]) badanie mikroskopowe i chemiczne płynu mózgowo-rdzeniowego stwierdza wtedy w pewnych przypadkach cechy zapalne. Należałoby te przypadki *(meningitis toxica, toxaemica)* oddzielić od innych, w których sprawa cech zapalnych nie posiada. Te moglibyśmy określać nazwą ostrego wodogłowia jadowego (*hydrocephalus acutus toxicus, hyperhydrosis cerebrospinalis toxica)*, ale, mojem zdaniem, tylko wtedy, jeżeli znajdziemy podwyższenie parcia, świadczące o wzmnożonem wydzielaniu płynu mózgowo-rdzeniowego i mogące tłómaczyć pewne objawy kliniczne. W przeciwnym razie musimy przyjąć jedynie zmiany w krążeniu oponowem: przekrwienie czynne, bierne, niedokrewność, lub myśleć o tem, że jady działają wprost na miąższowe składniki mózgu. Stwierdzenie w jednym należącym tu przypadku (23), przy długo trwającem zatruciu, badaniem wziernikowem zapalenia nerwu wzrokowego z przejściem w zanik (Doc. Sroczyński) czyni to przypuszczenie prawdopodobnem.

Przypadek 22. J. M. 10 lat z Libiąża małego, przyjęty 30 kwiet. 1900. Chory był w domu 12 dni. Po powrocie z pastwiska doznał nagle bólu głowy i gorączki (bez wymiotów). Głowa przegięta ku tyłowi, od czasu do czasu upośledzenie przytomności, połączone z gwałtownymi ruchami mimowolnymi. Chory nie przyjmował sam pokarmów; ani napojów. Gorączka ustąpiła po 5 dniach, równocześnie zauważono utratę mowy.

Badanie wykazywało odżywienie liche, budowę czaszki stożkowatą, zupełne zniesienie przytomności, tak że chory wykonuje tylko automatyczne ruchy kończynami i ustami, obniżenie napięcia mięśniowego. Porażeń nie było, stan bezgorączkowy, Nakłócie 1 czerwca. Rozpoznano *meningitis ex insolatione.* Od 5 czerwca stan zaczął się poprawiać, przytomność powoli wracała, od 21 czerwca chory począł mówić. Dnia 22 czerwca rozwija się jednak nagle zapalenie płuc włóknikowe, któremu chory ulega 29 czerwca.

Badanie pośmiertne wykazało w oponach ślady po przebytem zapaleniu w postaci miernego zgrubienia opon miękich na półkulach mózgu.

Przypadek 23. F. W. lat 3, przyjęta 14 czer. 1899. W domu chora od 9 miesięcy. Przez cały ten czas cierpiała na wymioty i biegunki, połączone z wydalaniem glist w dużych ilościach. Chora podupadła znacznie w odżywieniu, przestała chodzić i mówić.

Badanie: w narządach wewnętrznych żadnych zmian fizykalnych. Na twarzy wyraz cierpienia i niepokoju, brwi lekko ściągnięte, źrenice równe, wązkie, na światło oddziałujące. Drżenie gałek ocznych głównie w kierunku pionowym. Badanie dna oka wykazuje obustronne zapalenie nerwu wzrokowego z przejściem w zanik. W kończynach górnych, w mniejszym stopniu w dolnych, drżenie wahadłowe, kończyny dolne sztywne, odruchy nieco wzmożone. Stan podgorączkowy.

Podawano kilkakrotnie kalomel i santoninę. Ze stolcem odeszło kilkakrotnie po 5—10 glist. Dnia 21 czerwca ciepłota podnosi się do 38·6°, wymioty, w wymiocinach znowu 5 glist. Dnia 22 czerw. ciepłota 39·2 i 40·8, nieprzytomność, wymioty, drgawki i śmierć.

Na kilka godzin przed śmiercią wykonano nakłócie lędźwiowe. Wykazało ono tylko nieznaczne wzmożenie ilości białka, zależne od przymieszki krwi, zresztą wynik był ujemny.

Badanie pośmiertne wykazało: *hyperaemia passiva cerebri, bronchitis, helminthiasis.*

Wobec tego, że ani badanie kliniczne, ani pośmiertne, nie zdołało wykryć innej przyczyny objawów mózgowych i śmierci, musimy przyjąć za podstawę choroby długotrwałe zatrucie i to prawdopodobnie skutkiem obecności ogromnej ilości glist w przewodzie pokarmowym. Przypadek nie byłby odosobnionym, jak się okazuje z zestawień Peipera.

Przypadek 24. F. B 9 lat z Borku Fałęckiego, przyjęty 5-go czerwca 1900 Chory nagle po powrocie z pastwiska dostał drgawek, gorączki, wymiotów i utracił przytomność. Przywieziony po 2 dniach do kliniki, okazuje liche odżywienie, zupełne prawie zniesienie przytomności, osłabienie odruchu rogówkowego, zmniejszenie napięcia mięśniowego, bez wyraźnych porażeń; brzuch nieckowato zapadły, plamy Trousseaua, wzmożenie mechanicznej pobudliwości mięśniowej. Nie było sztywności karkowej, wymiotów, drgawek lub gorączki; śmierć nastąpiła 7 czerwca.

Rozpoznano: *meningitis ex insolatione* Badanie pośmiertne wykazało zakrzep w za[illegible] ierpowatej i objawy niedokrewności. Czy działanie promieni słonecznych mogło wywołać, lub przyczynić się do wytworzenia skrzepu w zatoce sierpowatej u osobnika źle odżywionego i niedokrewnego, trudno rozstrzygać, ale możliwość taka istnieje. Przypadek należałby w każdym razie do rzadszych.

Przypadek 25. M. R. 18 mies. z Mucharza, przyjęty 17 stycz. 1900. Wywiadów brakuje. Badanie wykazywało u dziecka z miernem wodogłowiem przewlekłem (obwód głowy 52 ctm) i niedokrewnego nieprzytomność, zawracanie oczami w prawo i lewo, kończyny sztywne, kurczowe zaciskanie pięści, połączone z ruchem ksobnym przedramion, powtarzające się co kilka sekund, drażliwość, od czasu do czasu wymioty, rozwolnienie, stan gorączkowy 39·0°; sztywności karkowej nie było. W sześć dni po przyjęciu wśród wymiotów, zgrzytania zębami i wzrostu liczby tętna na 180, następuje śmierć.

Badanie pośmiertne wykazało miernego stopnia wodogłowie wewnętrzne przewlekłe, zakrzep w żyłach rowka Sylwiusza po obu stronach, ostry nieżyt jelit i ogólną niedokrewność. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego ujemny.

* * *

Czyż mam jeszcze raz podnosić usługi, jakie nam może oddać nakłócie lędźwiowe, gdy chodzi o badanie, rozpoznawanie i rokowanie w rozmaitych chorobach opon mózgowo-rdzeniowych? Uwzględniając to, co powiedziałem w poszczególnych rozdziałach, byłoby to zupełnie zbytecznem.

Wobec zupełnej nieszkodliwości zabiegu, przy zastosowaniu odpowiednich ostrożności, a nawet niejednokrotnie stwierdzonego korzystnego wpływu, jaki wywiera upust płynu mózgowo-rdzeniowego w zapalnych sprawach opon, nakłócie lędźwiowe powinno znaleźć, przynajmniej w zakładach, szersze zastosowanie, aniżeli miało dotychczas.

Piśmiennictwo: 1) Raczyński: O nakłóciu lędźwiowem w przewlekłem wodogłowiu. (Przegl. lek. 1897 Nr. 33). — 2) L. Korczyński: O nagminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych. (Pamięt. Tow. Lek. War. 1896). — 3) Buszek; Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych nagminne w mieście Krakowie w r. 1893. (Zdrowie 1895 Nr. 1). — 4) Hewelke: Obecny stan etyologii nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych. (Kron. lek. 1894 Nr. 3). — 5) Klaner: Epidemiczne zapalenie opon mózgowych. (Kronika lek. 1894 Nr. 3). — 6) Holdheim: Beiträge zur bacteriologischen Diagnose der epidemischen Genickstarre vermittelst der Lumbalpunction. (Dtsch. med. Woch. 1896 Nr. 34). — 7) Heubner: Ueber den Meningococcus. Vortrag im Verein für innere Medizin zu Berlin. Discussion Fürbringer. (Dtsch. med. Woch. 1897 Vereinsbeil. str. 109). — 8) Frohmann: Zur Kenntniss der acuten primären Meningitis (epidemica). (Dtsch. med. Woch. 1897 Vereinsbeilage str. 106). — 9) Pfaundler: Ueber Lumbalpunctionen an Kindern. (Jahrbuch für Kinderh. 1899. T. 49 str. 264). — 10) Frohmann: Dyskusya do odczytu Jaegera[15]). (Dtsch. med. Woch. 1899. Vereinsbeilage str. 257). — 11) Heubner: Pathologie der Gehirnhäute. (Realencyklopaedie Eulenburg III. Aufl. VIII. B. str. 497). — 12) Netter: Méningites aigues non tuberculeuses. XIII. Zjazd międzynarodowy lekarski w Paryżu 1900. Sekcya chorób dziecięcych (Paris, Masson et Cie.). — 13) Lehmann: Atlas und Grundris der Bakteriologie. München, 1896. — 14) Jaeger: Zur Aetiologie der Meningitis cerebrospin. epidemica. (Zeitschr. f. Hygiene 1895. tom 19, str. 351). — 15) Jaeger: Epidemiologisches und Bakteriologisches über Cerebrospinalmeningitis. (Dtsch. med. Woch. 1899. Nr. 29). — 16) Żupnik: Zur Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Dtsch. med. Woch. 1899. Nr. 50 i 51). — 17) Weichselbaum: Ueber die Aetiologie der acuten Meningitis cerebrospinalis. (Fortsch. d. Medicin 1887, Nr. 18 i 19). — 18) Fraenkel A.: (Dtsch. med. Woch. 1886). (Sitzung der Berlin. med. Gesellschaft 24 kwiet. 1886). — 19) Foà i Uffreduzzi: Ueber die Aetiologie der Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Zeitsch. f. Hyg. 1888, 4 str. 67). — 20) Foá: Ueber die Infection durch den Diplococcus lanceolatus (Zeitschr. f. Hyg. 1893, t. 15, str. 369). — 21) Heu-

bner: Beobachtungen und Versuche über den Meningococcus intracellularis. (Jahrb. f. Kinderh. 1896 t. 43, str. 1). — 22) Jerzykowski: O zapaleniu ropnem opon mózgowych u ssawców. (Nowiny lek. 1898, Nr. 9). — 23) Arnstein: Sporadyczny przypadek zapalenia opon, zakończony wyzdrowieniem. Jego natura i pochodzenie. (Medycyna 1896 Nr. 12). — 24) Hünermann: Epidemiologisches und Bakteriologisches über Cerebrospinalmeningitis. Bemerkungen zu dem Vortrag des Oberstabsarzt Dr. Jaeger (Dtsch. med. Woch. 1899, Nr. 39) — 25) Kohlmann: Zur Aetiologie und Contagiosität der Meningitis cerebrospinalis. (Berl. klin. Woch 1889, str. 17). — 26) Heubner: Dyskusya do odczytu Stadelmanna. (Dtsch. med. Woch. 1899 Vereinsbeilage str. 173). — 27) Escherich: Ueber Streptekokkenenteritis in Säuglingsalter (Jahrb. f. Kinderh. 1899, t. 49, str. 137) — 28) E. Korczyński: Znaczenie limfocytów w surowiczych wysiękach zapalnych opłucny i otrzewny (Przegl. lek. 1896 Nr. 17 i 18). — 29) Zuber: Tuberculose pulmonaire. Traité des maladies de l'enfance. Paris 1898, tom 4, str. 342. — 30) Mya: Les méningites aigues non tuberculeuses. XIII Congrès international de médicine. Section de médicine de l'enfance. Paris 1900. Masson et Cie.

III. Wyciągi.

Abel: **Zakażenie posokowate wychodzące z macicy.** (*Berlin. klin. Wochensch.* 1900). Zakażenie posokowate dzieli autor na dwa rodzaje: w pierwszem następuje zakażenie całego ustroju, objawiające się albo tylko przyspieszeniem tętna, dreszczami i gorączką, albo prócz wspomnianych objawów, jeszcze powstawaniem przerzutów, jak ropienia w stawach, zapalenia śródsierdzia i t. p.; w drugiem, zakażenie ogranicza się tylko do samej macicy i wywołuje zapalenie w tkance łącznej przymacicznej (parametrium), lub w częściach dodatkowych. Pierwszym obowiązkiem lekarza jest przekonać się palcem czy niema resztek jaja w jamie macicy; aby módz się do wnętrza dostać palcem, rozszerza autor szyję macicy zawsze i tylko gazą jodoformową: jeżeli resztki jaja wybada, to je palcem wyjmuje. Przepłókiwania macicy nigdy nie używa, uważając je za bezskuteczne, a to dlatego, że roztwór lisolu, użyty chociażby w ilości kilku litrów, wypływając szybko z macicy, obmywa tylko powierzchownie ściany jamy macicy, nie działając zupełnie na ogniska jadu, które siedzą głębiej w skrzepach naczyń macicznych. Odkażania stale działającego, a sięgającego na warstwy głębsze, za pomocą Carossy, nie używa, jako zbyt uciążliwego do zastosowania i do obecnej chwili mało jeszcze zbadanego. Drugi lek, działający także i na warstwy głębsze, przyżeganie za pomocą pary wodnej, zaleca w przypadkach bardzo rozpaczliwych, jako ostatni środek przed wyjęciem całkowitem macicy. Co do wyjęcia macicy, to wskazanie zależy od poszczególnych przypadków; sam autor stosował je tylko przy znacznem poszarpaniu ścian macicy. Wstrzykiwania surowicy przeciw streptokokowej Marmorka mogą działać tylko wtenczas, jeżeli zakażenie jest wywołane streptokokami; w przypadkach zakażenia innymi drobnoustrojami pozostaną bez skutku. Również z powątpiewaniem wyraża się o metodzie Fochiera, wstrzykiwań podskórnych olejku terpentynowego. Najlepsze wyniki stwierdził autor po wstrzykiwaniach do żył roztworów soli i po wziewaniach tlenu przy dyecie wzmacniającej i po dawaniu dużej ilości napojów wyskokowych.

Przy drugim rodzaju zakażeń, ograniczającym się do zmian zapalnych około macicy, lub do części dodatkowych, postępuje autor w ten sposób, że stara się wypuścić ropę jak można najwcześniej, bądź to przez pochwę, bądź to przez powłoki: w ostatnim przypadku robi zazwyczaj przeciwotwór od strony pochwy. Jeżeli zapalenie w częściach dodatkowych przyjmie charakter przewlekły, radzi również operacyę radykalną od strony pochwy. *P.*

Freund (Wrocław). **Śmiertelność osesków, obarczonych kiłą dziedziczną.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. 52, Zeszyt uzupełniający). Statystyka ta dotyczy 63 dzieci, karmionych przeważnie sztucznie, dotkniętych kiłą dziedziczną i po większej części obarczonych także innemi chorobami. Połowa prawie przed czasem na świat przyszła. Z 63 tych dzieci 31 tj. 50% przebyło okres oseskowy. Wynik ten uważa autor za korzystny, gdyż mimo najgorszych warunków zewnętrznych liczba dzieci, utrzymanych przy życiu, jest większa, aniżeli we wszystkich dotąd ogłoszonych statystykach. Na podstawie statystyki swej i w porozumieniu z Hutchinsonem i Neumannem dochodzi autor do wniosku, że nie zauważył wpływu kiły na śmiertelność i na stan odżywienia u dzieci, dotkniętych kiłą dziedziczną. Śmiertelność dzieci tych jest pozornie większą dlatego, że dzieci te dostarczają znaczny zastęp dzieci wcześnie i słabo urodzonych. *Jan Landau.*

Prof. Grassi. **Pierwsze sprawozdanie o próbach zapobiegania zimnicy, podjętych w okolicy Paestum.** (*Ctblt. für Bact.* 1900, Tom 28, Nr. 17). Z pomocą kilku lekarzy i urzędników kolejowych przeprowadził G. próby zapobiegania zimnicy na większą skalę na służbie kolejowej jednej z najcięższej zimnicą nawiedzonych okolic. Okolica ta jest tak niezdrową, że mieszkańcy jej, o ile mogą, opuszczają ją na noc w lecie, wędrując codziennie do robót polnych po 10 i więcej kilometrów z noclegów, które odbywają na sąsiednich pagórkach. Postępowanie, przeprowadzone nadzwyczaj ściśle i pod ścisłą kontrolą lekarzy i dyżurujących słuchaczy medycyny polegało na tem, że przed wiosennym wybuchem zimnicy leczono jaknajenergiczniej wszystkich, którzy poprzednio przebywali zimnicę, chininą z żelazem i arszenikiem, zapobiegając w ten sposób lub usuwając wszystkie nawroty, jakie pojawić się mogły przedtem, zanim komary są zakażone. W czasie zaś, gdy komary są już zakażone, tj. w zwykłym terminie wiosennej (względnie letniej) zimnicy, nie podawano nikomu leków i czuwano, aby nikt ich samowolnie nie zażywał, natomiast zamykano całą służbę kolejową i urzędników, niemających urzędowego zajęcia, na noc (i wogóle w czasie snu, nawet w dzień) w izbach z siatkami drucianemi w oknach i drzwiach lub w osobnych pawilonach drucianych. Urzędnicy, zmuszeni wymaganiami ruchu kolejowego do zajęć nocnych na dworze, nosili na głowie zasłony, a na rękach rękawiczki bawełniane, szczelnie (gumką) przedramię obejmujące. Ze 104 w ten sposób ochranianych osób zachorowało tylko 3 krnąbrnych robotników, którzy przepisom się nie poddawali. Budnicy na krańcach ochranianej przestrzeni kolejowej, których przed wybuchem zimnicy leczono, ale w czasie zimniczym nie ochraniano, zachorowali wszyscy wraz z rodzinami (36 osób). Z okolicznej ludności, mieszkającej w liczbie z górą 300 głów po bokach przestrzeni kolejowej, nie zachorowało tylko 5 dorosłych mężczyzn, którzy zresztą wszyscy dawniej przebyli ciężką zimnicę i okazywali znaczny obrzęk śledziony. Wogóle próba cała dowiodła, że wszyscy ci, których ochraniano od ukłócia komarów, uszli zakażenia zimniczego, z nieochranianych zaś nie oszczędziła zimnica nikogo, nawet tych, którzy mieszkali w stosunkowo niezłych warunkach, t. j. na wzniesieniach. *Ciechanowski.*

Prof. Edlefsen (Hamburg). **O gorączce, wywołanej zaparciem stolca.** (*Klin. therap. Wochs.* Nr. 46, 1900). W spostrzeganych przez autora przypadkach podwyższenie ciepłoty ciała występowało nagle, bez żadnych przyczyn, dochodząc nierzadko do 40° i utrzymując się na tej wysokości przez krótszy lub dłuższy czas, często także towarzyszyło mu uczucie zimna, lub rzeczywiste dreszczyki. Po pojawieniu się jednak obfitych stolców, które zwyczajnie były następstwem lewatyw, można już było stwierdzić w następnym dniu, że ciepłota ciała wróciła do stanu prawidłowego. W innych przypadkach utrzymywała się jeszcze ciepłota przez jakiś czas na tej nieprawidłowej wysokości; okoliczność ta wskazywała dosadnie, że leczenie nie było dostateczne. I tutaj, po ponownem zastosowaniu obfitych wlewań, sprowadzających zdumiewającą czasami ilość kału, częścią rozmiękłego, a częścią grudkowatego, znikała gorączka jakby za jednym zamachem. Autor więc utrzymuje, że zaparcie stolca samo przez się (bez żadnych innych powikłań) może się stać przyczyną podwyższonej ciepłoty ciała. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. Bail. **Błona śluzowa przewodu pokarmowego, jako brama wejścia dla zakażenia ropnego.** (*Archiv Langenbecka*, T. 62, Z. II). Autor, kontrolując analogiczne doświadczenia innych badaczy, postępował w ten sposób: Zwierzętom, głodzonym przez 18 godzin, wlewał wprost do przełyku zapomocą cewnika 5—6 sz. ctm. bulionowej zawiesiny jednodniowej hodowli agarowej paciorkowca. Do doświadczeń używał wyłącznie królików. Wynik był następujący: z 40 zwierząt 7 zginęło po 2—3 dniach na zakażenie ogólne, 10 nie ucierpiało zupełnie, 13 padło skutkiem nieżytu jelit po 8—20 dniach, 10 skutkiem innych chorób. W 5 przypadkach, z owych 7 ogólnego zakażenia, można było stwierdzić, że zakażenie wyszło z jelit cienkich. Na preparatach drobnowidowych wykazać można było koki nietylko między komórkami nabłonka, ale i pod nim, a także w naczyniach chłonnych i krwionośnych błony podśluzowej i w odpowiednich naczyniach krwionośnych krezki. Inwazya następowała zawsze ze szczytu kosmków, a nigdy z głębi krypt. Z doświadczeń tych wnosi autor, że materyał zakaźny o znacznej sile zakaźności może przejść i przez nieuszkodzoną błonę śluzową i wywołać zakażenie ogólne. *Herman.*

Doc. Askanazy (Królewiec). **O zakażeniu człowieka motylicą kocią w Prusach wschodnich i związku tego zakażenia z rakiem wątroby.** (*Ctblt. f. Bact.* 1900, T. 28, Nr. 16). Zakażenie motylicą ma zdarzać się wogóle rzadko, — a opisane dotąd przypadki odnosiły się prawie wyłącznie do zakażenia motylicą wątrobową. Dopiero niedawno stwierdził Winogradoff kilka przypadków zakażenia człowieka motylicą sybirską *(distomum sibiricum)*, jak się okazało, nieróżniącą się niczem od motylicy kociej *(distomum felinum)*. A. opisuje bardzo szczegółowo przypadek, spostrzegany przez siebie u 58-letniego mężczyzny, stale mieszkającego w Prusiech

wschodnich. Sekcya wykazała u tego mężczyzny olbrzymie wielokrotne ogniska rakowe wątroby, w środku rozmiękłe i zawierające miazgę czarniawą. Wśród miazgi tej znajdowały się obficie motylice, które można było również wykazać w przewodach żółciowych części wątroby, rakiem niezajętych. W otoczeniu przewodów żółciowych, nawiedzonych przez motylice, spotykał A. pod drobnowidem wyraźne nowotworzenie przewodów, a stwierdziwszy znów w częściach zrakowaciałych przechodzenie tych nowowytworzonych przewodów żółciowych w ogniska rakowe, sądzi, że zakażenie motylicą miało w tym przypadku pośrednie znaczenie przyczynowe w powstaniu raka. Przypadek A. jest pierwszym, spostrzeganym w Europie. A. sądzi, że w okolicy Heydekrug istnieje ognisko, gdzie zakażenia takie można będzie częściej spotykać, a to z powodu, że mieszkańcy tamtejsi mają zwyczaj spożywać surowe ryby morskie, mogące być źródłem zakażenia. Przemawiałaby za tem okoliczność, że u tamtejszych kotów, również pożerających ryby, łatwo znaleźć motylicę, oraz że wielu mieszkańców cierpi na brózdogłowca szerokiego, którego znalazł A. zarówno w swoim przypadku, jak i w drugim jeszcze przypadku zakażenia motylicą kocią, badanym tylko pobieżnie klinicznie. Ten drugi przypadek z tego względu zasługuje na uwagę, że dotyczył on mieszkańca guberni Suwalskiej, czasowo zamieszkałego w Heydekrug *C.*

Dr. H. Marx. **Doniesienia bakteryologiczne.** *(Archiv Langenbecka*, Tom 62, Zeszyt II).

1) O wykazywaniu bakteryj: Postępowanie autora, podobnie jak i Jochmanna, polega na tem, że do kolbek Erlenmeyerowskich, napełnionych 5% bulionem glicerynowym, dodaje badaną ropę w ilości kilku ctm. i kolbki tak zaprawione pozostawia przez 12 godzin w ciepłocie 39° C. Bakterye, w małej nawet ilości znajdujące się w ropie takiej, rosną szybko i obficie (prątek gruźlicy) i zachowują typowe ugrupowanie (paciorkowce, gronkowce). Przy sporządzaniu preparatów pamiętać trzeba o tem, aby na szkiełko brać osad w grubej warstwie, nie rozcierać go i barwić podwójnie (n. p. fuksyną i wezuwiną).

2) O chorobotwórczych zdolnościach *bacillus prodigiosus.* Prątek ten w zwykłych warunkach obojętny dla zwierząt ciepłokrwistych, staje się dla nich zabójczy, skoro go przeprowadzimy przez ustrój żaby, u której wywołuje miejscową ropówkę i zabija ją po kilkunastu godzinach wskutek ogólnej posocznicy. Hodowle z tak zabitych żab wyhodowane i zastrzyknięte białym myszom, zabijały je po 12 godzinach wskutek posocznicy.

3) Spostrzeżenie co do wytwarzania barwika przez bakterye. Wszystkie bakterye, wytwarzające na zwykłych pożywkach barwik, rosną bezbarwnie na kwaśno oddziaływującej czarnej rzodkwi (Moorrübe). *Herman.*

IV. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie projektu zniesienia oddziału dla obłąkanych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

napisał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie).

Jakakolwiek w niedalekiej przyszłości stanie klinika dla chorób nerwowych i umysłowych, to będzie ona rozmiarami swymi zastosowaną do potrzeb tutejszego Wydziału lekarskiego i frekwencyi uczniów; będzie zatem obliczoną tak, jak inne kliniki niedawno postawione na 60, a najwyżej na 80 łóżek, czyli na 60—80 równocześnie leczonych chorych nerwowych i umysłowych. Z tej liczby łóżek przypadnie najprawdopodobniej większa część, zatem 40—50, dla obłąkanych. Wedle projektu Wydziału krajowego miałaby ta przyszła klinika psychiatryczna przedewszystkiem spełniać funkcye niezbędnej w Krakowie tak jak i we Lwowie (utworzonej tu na nowo przy szpitalu powszechnym wskutek jednomyślnego orzeczenia ankiety w r. 1891) stacyi obserwacyjnej, dalej funkcye zakładu dla obłąkanych na zachodnią część kraju, a wreszcie funkcye właściwej kliniki. Otóż zastanówmy się, czy to jest możliwem, aby kliniki o 60—80 łóżkach, z których choćby nawet 60 przypadło na obłąkanych, odpowiedziała tym trojakim wymaganiom. Bez wszelkiego uprzedzenia sądząc, musi się dojść do tego przekonania, że jest to bezwzględną niemożliwością, albowiem cele trzech wzmiankowanych rodzajów zakładu są wręcz odmienne, a nawet między sobą sprzeczne. Celem stacyi obserwacyjnej, owego „asylum mentis dubiae“ jest przyjmowanie takich osób, u których zachodzi mniej lub więcej uzasadnione podejrzenie choroby umysłowej, po stwierdzeniu której chory winien być oddanym do właściwego zakładu dla obłąkanych. Skoro niejednodnokrotnie wydarza się, że pierwsze takie podejrzenie wśród obserwacyi badanego całkiem się rozwieje, musi badany natychmiast uzyskać pełną wolność. Czyż byłoby ludzką rzeczą człowieka takiego, a choćby nawet więźnia, przysłanego przez sądy karne z powodu wątpliwego stanu umysłowego, trzymać wspólnie z rzeczywistymi obłąkanymi? Cel zakładu dla obłąkanych wyjaśniłem już poprzednio; cel zaś kliniki psychiatrycznej tkwi w tem, by na dobranym a nie dowolnym materyale chorych zaznajomić uczniów z chorobami umysłowemi w pewnym możliwym porządku systematycznym i z ich leczeniem, zawsze wedle bieżących metód leczniczych; zarazem, by tenże materyał chorych wyzyskiwać w celach nowych spostrzeżeń i naukowych zdobyczy przy zastósowaniu najmodniejszego aparatu naukowego danej chwili. Gdyby przyszła klinika psychiatryczno-nerwowa, przeznaczona nawet dla 60 obłąkanych, miała być zarazem i stacyą obserwacyjną i zakładem wyłącznie leczniczym i opiekuńczym, jak dzisiejszy pawilon lub wogóle krajowe zakłady dla obłąkanych, to w takim razie musiałaby ona przyjmować wszystkich chorych lub o chorobę umysłową podejrzanych, bez względu na to, czy oni nadawaliby się lub nie do celów wykładowych i naukowych, czyli najważniejszy jej cel dydaktyczno-naukowy byłby całkiem pominięty, na co z natury rzeczy nie mogłaby się zgodzić najwyższa magistratura dla nauk, Ministerstwo oświaty. Wszakżeż inne kliniki pozostają względem równorzędnych im oddziałów szpitala krajowego w tym stosunku, iż przysługuje im prawo korzystania z materyału tych ostatnich i przenoszenia ze szpitala do klinik chorych, nadających się w danej chwili do celów klinicznych; zarazem nie przyjmują kliniki wielu takich chorych, choć się oni do leczenia szpitalnego wogóle nadają, którzy celom nauczania i badań naukowych nie odpowiadają. A przecież klinika psychiatryczna nie może pod tym względem się wyróżniać na swą niekorzyść. A teraz jeszcze jeden i nader poważny wzgląd. Kliniki uniwersyteckie, jako uczelnie, stoją otworem tak długo, jak długo trwa nauczanie, tj. dziewięć miesięcy do roku; z chwilą zamknięcia klinik chorych częścią się wydala do domu, częścią odsyła do szpitali, które, służąc innemu celowi, są otwarte przez cały rok. Cóż tedy pocznie dyrektor przyszłej kliniki psychiatrycznej z chwilą zamknięcia kliniki na czas feryi uniwersyteckich, gdy w Krakowie nie stanie tego szpitalnego oddziału dla obłąkanych, istniejącego już z górą dwieście lat? Wszak chorych tych nie wyszle do domu? Zatem chyba na koszt kraju odeszle ich do Kulparkowa lub pomieści... w aresztach miejskich lub policyjnych.

Na tem mógłbym właściwie zakończyć moje uwagi nad niefortunnym projektem; nie chcąc się atoli może narazić na zarzut, że burzyć nie sztuka, lecz budować trudno, pozwalam sobie tutaj wprawdzie nie rozpocząć budowy, lecz rzucić projekt korzystny dla Władz rządowych i krajowych, a zarazem podać kilka postulatów dla przyszłej opieki nad obłąkanymi w Galicyi. Postulaty te dają się w następujące ująć punkta:

1) Zakładu w Kulparkowie, jako już nadto wielkiego, bo co do liczby łóżek w Austryi na 30 zakładów piątego z rzędu, nie należy więcej ku jego nieuniknionej szkodzie rozszerzać przez dalsze dobudowy.

2) Zamiast szkodliwego dalszego rozszerzenia zakładu w Kulparkowie należy jak najprędzej przystąpić do budowy

tańszego a zakładu przytuliska dla 300 do 400 nieuleczalnych obłąkanych w zachodniej części kraju, możliwie w pobliżu Krakowa.

3) Dzisiejszy pawilon dla obłąkanych przy krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie należy bezwzględnie nadal utrzymać, częścią jako stacyę obserwacyjną, a częścią jako zakład leczniczy, przyczem należy w nim następujące poczynić poprawki:

Z uwagi na wielkie przeładowanie tego oddziału chorymi (na 115 łóżkach spoczywa prawie zawsze i równocześnie około 150! chorych), należy ilość jego łóżek zmniejszyć do liczby 80, lub najwyżej do 100 i chorych ponad liczbę łóżek bezwzględnie nie przyjmować. Należy nadal w nim utrzymać ten sam personal lekarski, tj. prymaryusza i sekundaryusza, tylko z tą różnicą, że sekundaryusza należy stabilizować na sposób, będący w użyciu w Kulparkowie i innych zakładach dla obłąkanych [1]).

A teraz przystępuję do projektu. Zredukowanie liczby łóżek, a tem samem i chorych, w dzisiejszym pawilonie dla obłąkanych w Krakowie przy równoczesnym utrzymaniu *status quo* w Kulparkowie, a zanimby stanęło tak konieczne przytulisko dla obłąkanych nieuleczalnych, będzie możliwe dopiero wówczas, gdy stanie już klinika psychiatryczno-nerwowa, gdyż i ta pomieści w sobie bądźcobądź kilkudziesięciu chorych. Jest tedy pożądane, aby ta klinika stanęła w pobliżu dzisiejszego pawilonu, np. na gruncie szpitala św. Łazarza w ogrodzie od strony Grzegórzek, t. j. idąc ulicą Grzegórzecką od miasta poza obecnem *Collegium medicum*. Miejsce to byłoby dosyć zaciszne, zarazem mógłby ogród, względnie pole, któreby rozgraniczało budynek kliniczny od pawilonu, służyć za ogród dla obłąkanych tak, że niektórzy z chorych mogliby być w celu leczniczym z pożytkiem dla własnego swego zdrowia i dla gospodarstwa szpitalnego używani do uprawy roli w miejsce dotychczasowych najemników. Połączenie tych dwóch zakładów, tj. kliniki z pawilonem, byłoby o tyle korzystne i rozwiązujące kwestyę leczenia i opiekowania się obłąkanymi w Krakowie, a po części i w zachodniej Galicyi, żeby się stało na razie zadość najbardziej naglącym potrzebom w tym względzie [2]) tj. pawilon służyłby nadal jako stacya obserwacyjna i zakład leczniczy, klinika zaś z swym, w miarę potrzeb dobranym materyałem służyłaby celom dydaktyczno-naukowym. Co się zaś tyczy czasokresu, w którym klinika byłaby zamkniętą (w czasie feryi), to mogłaby część jej psychiatryczna na czas ten przechodzić w Zarząd krajowy pod kierunek prymaryusza pawilonu obłąkanych tak, jak to się praktykuje już od szeregu lat w klinice dla chorób skórnych, obejmowaną w czasie feryj letnich wraz z chorymi w opiekę przez prymaryusza oddziału szpitalnego dla tych samych chorób. Rozumie się samo przez się, że koszta budowy kliniki będzie zmuszony ponieść fundusz państwowy edukacyjny, kraj zaś zaofiaruje grunt, jakto zresztą niejednokrotnie już czynił w Krakowie, a zwłaszcza we Lwowie, przy otworzeniu tam Wydziału lekarskiego. W ten sposób stanąłby kraj na wysokości swego zadania, użyczając licznej rzeszy obłąkanych godny tych nieszczęśliwych przytułek i możność zyskania zdrowia, ojczystej zaś nauce umożliwiając dalszy w owoce płodny rozwój!

Niech czynniki interesowane, a więc gmina miasta Krakowa oraz posłowie zachodniej części kraju, w pierwszym rzędzie zaś poseł krakowski, radca dworu Prof. Dr. Jordan dołożą starań, aby ten drugi co do czasu założenia w Austryi zakład dla obłąkanych, świadczący tak chlubnie o wielkiej cywilizacyi Krakowa w XVII wieku, nie zaginął w chwili, gdy wstępujemy w progi wieku XX.

Kraków, w listopadzie r. 1900.

[1]) O innych koniecznych adaptacyach nie mogę na tem miejscu się rozwodzić.

[2]) Budowa przytuliska dla nieuleczalnych obłąkanych w zachodniej części kraju nie przestałaby być mimo to konieczną.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków 27 grudnia 1900.

Otrzymujemy list następujący. W sprawie organizacyi lekarzy. Jak potrzebną jest zawodowa organizacya wszędzie, gdzie są lekarze, dowodzi świeży fakt, że lekarze w Bułgaryi postanowili za inicyatywą Towarzystwa lekarskiego w Filipopolu zawiązać „Ogólne Towarzystwo samopomocy.“ Zwrócili się zatem do Komisyi organizacyjnej w Krakowie z prośbą o przysłanie im statutu mającej powstać u nas organizacyi. Życzeniu temu kolegów bułgarskich stało się zadość w ten sposób, że sekretarz Komisyi organizacyjnej przesłał na ręce Dra Kessiakowa w Filipopolu jeden egzemplarz naszego statutu i obszerną korespondencyę wyjaśniającą cele i zadanie takiej zawodowej organizacyi.

Dr. Langie, sekretarz Komisyi organizacyi.

* Prof. Eiselsberg z Królewca mian. został prof. chirurgii w Wiedniu.

* Stopień Doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell.: Kazimierz Stronczak i Saul Jahr; w Uniwers lwow.: Józef Markowski i Izaak Klarfeld.

* Ospa w Warszawie nie ustaje: między 14—XI a 14—XII przyjęto do szpitala św. Stanisława 129 chorych na ospę; z tych 48 było nieszczepionych. Z 28 zmarłych tylko 3 osoby poddały się w dzieciństwie szczepieniu.

* Uniwersytet w Glasgowie uroczyście obchodzić będzie w lipcu, 1901 r., 450-tą rocznicę swego założenia.

* W Kronsztadzkiej pracowni dżumowej przyrządzono do tej pory 25,000 flakonów surowicy do szczepień przeciwdżumowych.

* Cesarz niemiecki podpisał reskrypt, przypuszczający wychowańców szkół realnych do studyów lekarskich.

* Bułgarya liczy 485 lekarzy; z tych 307 krajowców i 170 cudzoziemców. Największa liczba lekarzy bułgarskich kształciła się we Francyi (127); potem idzie Rosya (94), Grecya (53), Turcya (40), Szwajcarya (38), Austrya (36), Niemcy (28), Rumunia (12) itd.

* Na berlińskim kongresie przeciwgruźliczym uchwalono nagrodę 4000 mk. za najlepszą rozprawę »O gruźlicy, jako chorobie społecznej i o jej zwalczaniu.« Nagrodę tę obecnie przyznano Dr. Knopfowi z N. Yorku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Murphy mianowany został prof. chirurgii w Chicago. Prof. historyi medycyny Brissaud mian. został profesorem patologii w Paryżu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Adolf Goldhaber, emer. lekarz powiatowy, zmarł w Nowemsiole, licząc lat 52. Dr. Altmann, nadw. prof. anatomii, zmarł w Lipsku, licząc lat 48.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: W *Kronice Lekarskiej* Nr. 23: Dr. Sędziak'a J.: Leczenie gruźlicy krtani. W *Medycynie* Nr. 51: Wattena J.: W sprawie aseptyki i antyseptyki w szpitalach małych, oraz w praktyce prywatnej chirurgicznej i położniczej (dok.). Biro M.: O chorobie Friedreicha (c. d.). W *Nowinach lekarskich* Zesz. 23 i 24: Dr. Dziembowskiego i Dr. Krzyszkowskiego: Kamica żółciowa w świetle najnowszych badań. Dr. Sołowija: Przyczynek do nauki o nabłoniakach kosmówki i zaśniadzie groniastym, oraz nowy przypadek złośliwego zaśniadu groniastego (dok.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Weicker H.: Beiträge zur Frage der Volksheilstätten (Berlin 1901).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.